問診票

記入日　　年　　月　　日

貴 院

◆ 貴　院　名

◆ 貴 院 住 所　〒　　－

◆ 貴 院 T E L　　－　　－

◆ 貴 院 F A X　　－　　－

◆ 貴院MAIL　　@

◆ ご担当医様

患 者 様

◆ 患者様氏名

◆ ふ り が な

◆ 患者様 生年月日（西暦）　　年　　月　　日　（性別）男性・女性

◆ 患者様 電話番号　　－　　－

◆ 部 位

	右側								左側							
上顎	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	8	7	6	5	4	3	2	1	8	7	6	5	4	3	2	1
下顎	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□

◆ 急 性 症 状　□ あ り　□ な し

◆ ご 依 頼 内 容　□カウンセリングのみ　□生活歯髄療法　□穿孔修復　□外科的歯内療法　□根管治療　□破折診断　□異物除去

◆ レジン支台築造による 歯冠側封鎖　□ 要　□ 不 要

◆ その他、特記事項や連絡事項について

おがた歯科医院
OGATA DENTAL CLINIC